

## Statusartikel

Ugeskr Læger 2023;185:V06230428

# Social ulighed i sundhed og multisygdom

Peter Vedsted<sup>1, 2, 3</sup> & Anne Frølich<sup>4, 5</sup>

1) Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus, 2) Universitetsklínik for Innovative Patientforløb, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, 3) Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Silkeborg, 4) Videnscenter for Multisygdom og Kronisk Sygdom, Københavns Universitetshospital – Slagelse Hospital, 5) Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

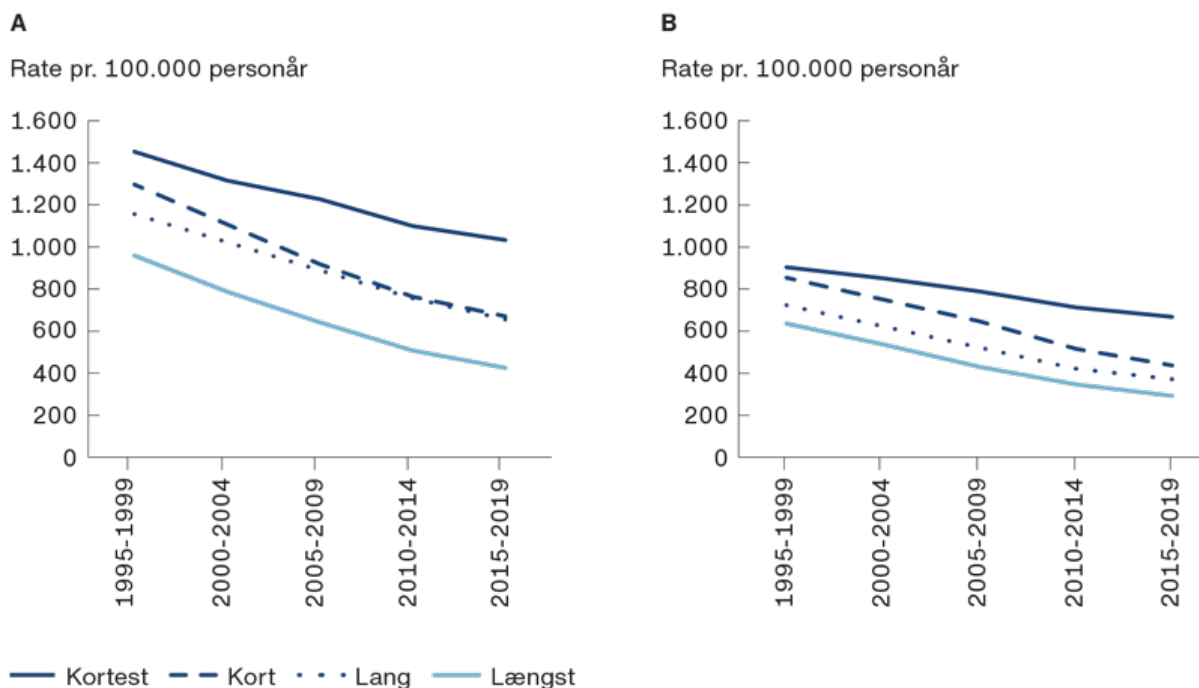
Ugeskr Læger 2023;185:V06230428

### HOVEDBUDSKABER

- Social ulighed i sundhed øges i Danmark.
- Især multisyge med lav social position oplever udfordringer i sundhedsvæsenet.
- Udviklingen i det danske sundhedsvæsen maskerer og øger social ulighed for multisyge, og der er behov for satsning på almen praksis, koordination og kontinuitet.

I Danmark ser vi en stigende ulighed i sundhed [1] med en stigende gradient i dødelighed mellem brede befolkningsgrupper defineret ved deres uddannelse, indkomst og bopæl [2] (Figur 1, uddannelse som eksempel). Samtidig har det danske sundhedsvæsen aldrig leveret flere ydelser med så høj effektivitet. Det er altså bag denne gennemsnitsbetragtning, at vi ser uligheden vokse, og sociale og geografiske faktorer blive tiltagende koblet til sundhedstilstand.

**FIGUR 1** Dødeligheden blandt personer i alderen 30-74 år, opdelt i fire uddannelsesgrupper. Årligt gennemsnit i perioden 1995-2019. Aldersstandardiserede rater pr. 100.000 personår. Baseret på [2]. **A.** Mænd, **B.** Kvinder.



Når risikoen for at blive syg og muligheden for at blive rask systematisk afhænger af sociale forhold, er der tale om social ulighed i sundhed [3]. Det er, fordi dårlige sociale forhold disponerer til dårligere helbred og for evnen til at gennemføre forløb i sundhedsvæsenet. Det er vigtigt at understrege, at sammenhængen er kompleks, så sociale forhold kan føre til sygdom og vice versa [3]. Generelt er der dog enighed om, at der for forskellene i voksenlivet er tale om en akkumuleret ulighed i eksponering for faktorer, der leder til dårligere helbred og tidligere død [4]. Der ses også en geografisk ulighed, hvor visse grupper har ringere adgang til ydelser eller institutioner, fordi man bor et bestemt sted.

## SUNDHEDSVÆSENETS ORGANISATION

Sundhedsvæsenet har fået en tiltagende central rolle i opgaven med at sikre lighed i sundhed i forhold til tidligere, hvor de vigtigste initiativer lå uden for sundhedsvæsenet (sanitet, bolig, arbejdsforhold, uddannelse m.v.). Det selvom kun en mindre del (nok under 25%) af vores sundhed skyldes sundhedsvæsenets indsats [5].

»Let og lige adgang til sundhedsydelser« er en målsætning for sundhedsvæsenet [6]. Udfordringen ved det er, at de væsentligste årsager, som typisk ligger uden for sundhedsvæsenets portefølje, ikke adresseres tilstrækkeligt. Samtidig bliver adgang til sundhedsydelser en statistisk retfærdighed til at sikre lighed i sundhed, men som maskerer uligheden, idet nogle har et større behov end andre, hvis uligheden skal adresseres. Sundhedsvæsenet får en konserverende rolle ved at rette op på den negative effekt af sociale forhold. F.eks. kan alle med en bestemt sygdom komme et vist antal gange til ambulant kontrol, dvs. de har samme behov, men uden samme udbytte, dvs. der er ulighed i sundhed.

På samme måde er det ikke obligatorisk, at f.eks. kliniske databaser eller Sundhedsdatastyrelsen afrapporterer resultater af sundhedsvæsenets indsats stratificeret for socioøkonomisk position (SEP) og multimorbiditet,

hvilket kunne afdække vigtige detaljer for intervention og særlige indsatser.

Da *Julian Tudor Hart* i 1971 lancerede »the inverse care law«, fangede han paradokset: at områder med størst medicinsk behov havde færrest tilgængelige ressourcer [7]. I de områder, hvor behovet for adgang til sundhedsydelse er størst, ses det, at læger og andet sundhedspersonale søger til andre områder. Sundhedstjenesteforskningen viser, at beslutningstagere ikke allokerer ressourcer efter behovet. Et skotsk studie vist f.eks., at mens dødeligheden og graden af multisygdom steg med faldende SEP, så steg udgifter til patienterne paradoksalt med stigende SEP [7]. Sundhedsvæsenets incitament til at tage sig af multisyge med lav SEP er således ikke tilpasset behovet.

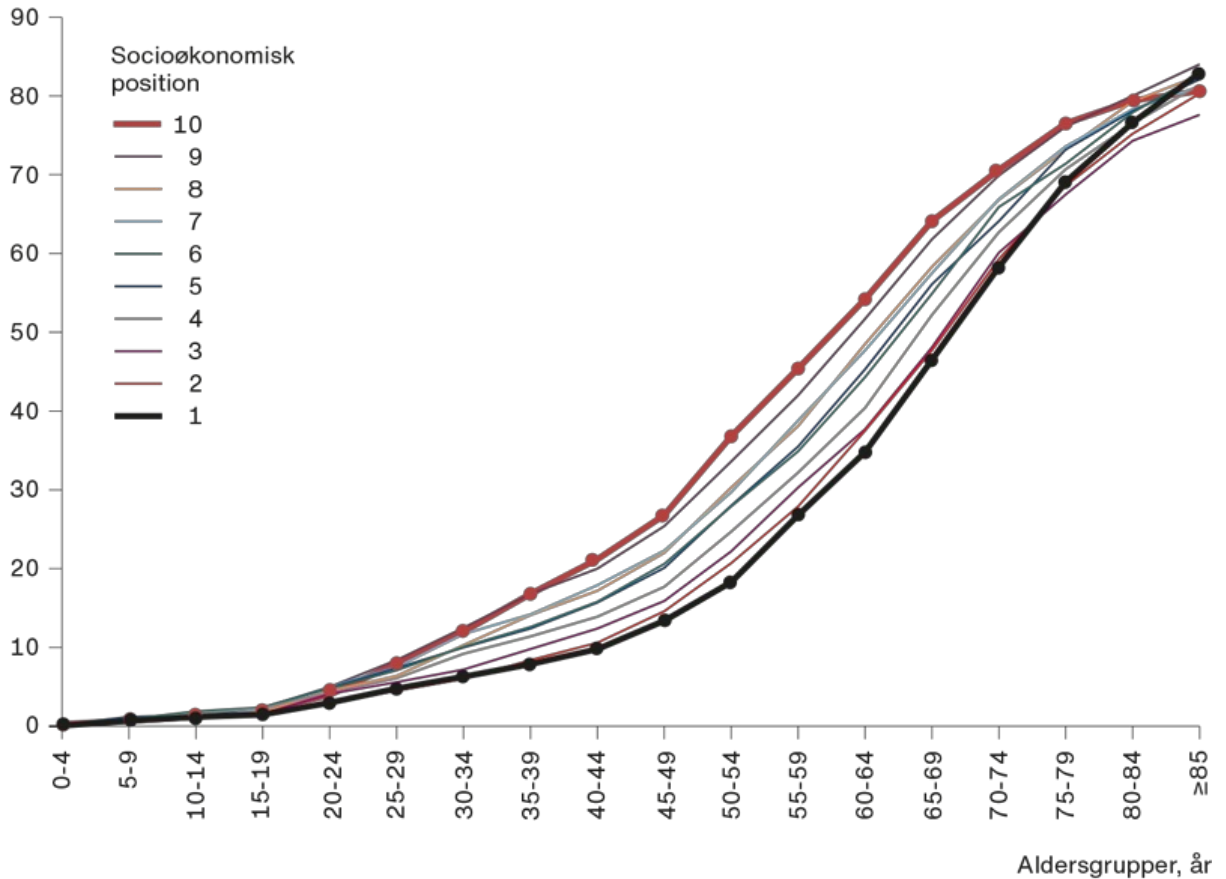
For personer med både lav SEP og multisygdom betyder det, at de er dobbelt ramte med både geografisk ulighed og risiko for øget sygelighed [8, 9].

## MULTISYGDOM, SOCIAL POSITION OG ET MODERNE SUNDHEDSVÆSEN

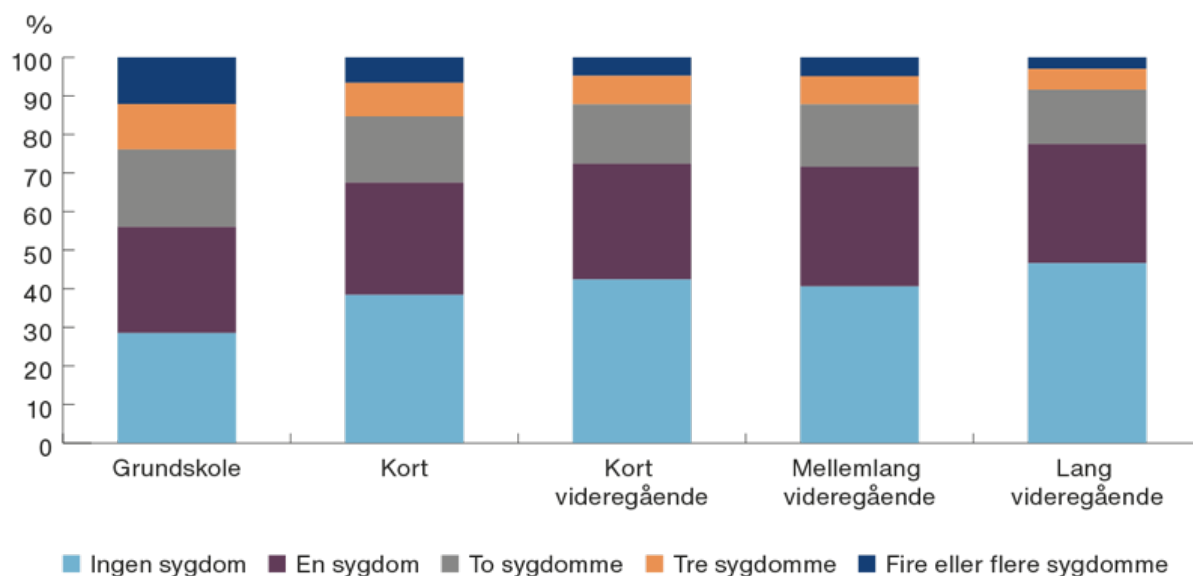
Uanset definitionen er multisygdom stærkt knyttet til sociale forhold gennem øget risiko for somatisk og psykiatrisk sygdom og via associationen til negative livsvaner. Meget tyder på, at lav SEP accelererer udviklingen af multisygdom, og at prognosen er dårligere ved lav SEP. Personer med lav SEP udvikler multisygdom flere år tidligere end andre [10]. F.eks. udvikler 20% af 40-44-årige med lav SEP multimorbiditet, mens det er 10% blandt de socialt bedst stillede. Og hos de socialt bedst stillede er det først ca. 15 år senere, man ser, at 20% har multisygdom [11] (**Figur 2**). Multisygdom ses oftere hos personer med lavere uddannelse som vist i Sundhedsprofilen fra 2021 [12] (**Figur 3**). Hos personer med lav SEP er multisygdom forbundet med signifikant højere dødelighed ved multisygdom sammenlignet med øvrige med multisygdom [13].

**FIGUR 2** Forekomst af multisygdom i forhold til alder og social position i Skotland. Social position er opdelt i ti grupper, hvor 1 = højeste position og 10 = laveste position [11].

Patienter med multimorbiditet, %



**FIGUR 3** Den aldersjusterede procentvise forekomst af multisygdom i forhold til uddannelsesniveau hos personer med ingen, en, to, tre eller mindst fire sygdomme. Baseret på [12].



Et særligt kendetegn ved multisygdom er altså, at den indtræder tidligere og oftere hos personer med lav SEP. Dette får store konsekvenser for gruppen, idet de både lever kortere og i en længere periode lever med dårligt helbred, som er en stressor, fører til lav livskvalitet og dårligt socialt netværk [14].

Personer med lav SEP ses oftere i almen praksis [15] og er oftere indlagt. Multimorbiditet øger denne brug af sundhedsydelser især for kontakter til hospitalsvæsenet. I perioden 2006-2018 er andelen af personer med ti eller flere ambulante kontakter steget 7,5-10% (øget 33%) og står for 41% af alle ambulante kontakter [16]. Det antyder, at multisygdom fylder mere, og derfor vil opmærksomhed på betydningen af SEP for forløbet i netop denne gruppe kunne have stor betydning for sundhed og brug af ressourcer.

## SUNDHEDSVÆSENETS ROLLE I MULTISYGDOM OG ULIGHED

Som *Julian Tudor Hart* havde også *Barbara Starfield* fra sin amerikanske »primary care«-position, fokus på, at det moderne sundhedsvæsen har en iboende kultur, der skaber og øger den sociale ulighed i sundhed [15]. Ved at være fokuserede på diagnoser og i tiltagende grad arbejde i guidelinespecialiserede siloer accentueres den negative betydning af multimorbiditet, fordi man fjerner sig fra at behandle hele personen. Patienter med lav SEP og multisygdom har behov for en tilgængelig, koordinerende og nær almen praksis, der leverer kontinuitet og helhedsorienterede ydelser med hospitaler som en service. *Starfield* er yderst præcis i at påpege den manglende koordinering uden en udbygget almen praksis som årsag til øget ulighed i sundhed og øget arbejdspress i hospitalssektoren [17]. Noget, som vi visse steder kan genfinde i det danske sundhedsvæsen [18].

Et andet forhold er de tilbud, vi benytter til forebyggelse, f.eks. »at leve med kronisk sygdom« og rehabilitering. Der er en velkendt social gradient i at kunne deltage i disse »skoler« og aktiviteter [19].

## RISIKOFAKTORER

Grunde til den øgede og tidligere forekomst af multisygdom hos personer med lavere social position skyldes væsentligst tre forhold. For det første startede en højere andel af disse personer livet under dårligere kår og med øget forekomst af sygdom gennem barn- og ungdommen. Dernæst er lavere social position associeret til

miljømæssige forhold (fysisk arbejdsmiljø), dårligere livsvaner og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Endelig virker individorienterede forebyggende indsatser bedst hos personer med høj SEP.

For flere væsentlige livsvaner af betydning for udviklingen af sygdom er der en markant øget forekomst hos personer med lav SEP. Af størst betydning for udvikling af sygdom hos personer med lav SEP er tobaksrygning, alkohol, fysisk inaktivitet, overvægt og kost [20]. Den store sociale gradient i antallet af flere risikofaktorer på samme tid forklarer en stor del af multisygdom hos personer med lav SEP. Alligevel ser vi, at både producenter og samfundets håndtering af disse risikofaktorer har skabt en øget ulighed mellem lav og høj SEP i antal tabte leveår.

Personer med multisygdom har, af en række årsager, en mindre hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Som et eksempel er deltagelse i screeningsprogrammer konsekvent lavere hos personer med multisygdom, hvor lav social position yderligere sænker deltagelsen [21]. Især kombinationer af somatisk og psykisk sygdom er præget af ændret sundhedsadfærd. Dette gælder også tandlægebesøg samt køb af ordineret medicin på apoteket [22].

Andre forhold som manglende socialt netværk, lav sundhedskompetence, invaliditet og nedsat mobilitet er vist at have betydning for sundhedsadfærden i relation til kroniske sygdomme [23].

## INCITAMENTER OG DIFFERENTIERET INVESTERING I SUNDHED

I England har man undersøgt sammenhængen mellem en særlig fokuseret investering i indsatser rettet mod socialt dårligere stillede og øget adgang til almen praksis [24]. Følgforskningen viste, at en absolut og relativ øget investering i områder med lav SEP så ud til at medføre en mindsket gradient i dødeligheden.

På samme vis har man også i England på basis af den omfattende registrering af kvalitetsindikatorer i »Quality and Outcome Framework« fundet, at den sociale gradient i behandlingsprocesser og -mål blev reduceret [25]. Det var et overraskende resultat, idet praksis i områder med patienter med lav SEP har sværere ved at opnå gode resultater. Man konkluderer, at disse incitamenter især har haft effekt på de mest syge og derfor understøtter lægerne i primært at arbejde med de kronisk syge med lavest social position.

## MULTISYGDOM OG LAV SOCIOØKONOMISK POSITION SOM »RØDE FLAG«

Multisygdom er en særlig prognostisk faktor for en række alvorlige sygdomme. Er man først multisyg, vil efterfølgende sygdomme ramme hårdere. F.eks. ved kræft, hvor man groft sagt kan sige, at en kronisk sygdom er som at få cancer ét stadie værre. Multimorbiditet svarer til to stadier værre sammenlignet med ingen kronisk sygdom [26]. Social position har en yderligere selvstændig virkning her ved at betyde en lavere overlevelse efter f.eks. kræft [27]. Samtidig viser det sig, at det reelt set er den sociale position, der har den største betydning for overdødeligheden sammenholdt med kronisk sygdom.

I en opgørelse med danskere i alderen 60 år eller over fandt man, at 10% af de ældre stod for 65% af alle sundheds- og plejeudgifter, og at det var sammenhængende med lav SEP [28]. Det er således også denne gruppe, der senere i livet kommer til at trække på udgifterne til pleje og sundhed.

## KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

Lav SEP fører til øget forekomst af multisygdom, der igen giver en endnu dårligere prognose. Lav SEP spiller således en selvstændig og betydelig rolle i både forebyggelsen, behandlingen og opfølgningen af multisygdom.

Det moderne sundhedsvæsen som det danske allokerer tiltagende humane og økonomiske ressourcer til

hospitalsbaseret, specialiseret behandling og kontrol af specifikke sygdomme. Sundhedsvæsenets driftsherrer har derfor næppe forvaltet opgaven til at hindre social ulighed i sundhed optimalt, men derimod øget den. Der er evidens for, at den sociale og geografiske ulighed i sundhed hos især multisyge kræver en anden investering i almen praksis og det nære sundhedsvæsen.

Sundhedsvæsenet risikerer med sit fokus på diagnoser at øge antallet af multisyge på en måde, der ikke tilgodeser den sårbare gruppes behov for et helt sundhedsvæsen, men blot også øger antallet af velfungerende multisyge. Det betyder, at den sociale og geografiske ulighed i sundhed kan stige på trods af øgede driftsmidler til hospitalerne. Det er den uheldige interaktion mellem lav SEP og multisygdom, som bør være fokus [9].

Social ulighed stammer primært fra andre områder end sundhedsvæsenets. Det danske sundhedspersonale er blandt verdens bedst uddannede og har et højt klinisk niveau. En øget erkendelse af, hvordan vores sundhedsvæsen maskerer og øger den sociale ulighed i sundhed, vil kunne føre til bedre kvalitet, større tilfredshed blandt borgere og personale og være omkostningseffektiv.

Især en tidlig forebyggelse af multisygdom og nedsat livskvalitet er vigtig hos gruppen med lav SEP. Dette kræver både en organisatorisk ændring [29] og en individuel indsats i almen praksis. Der er behov for forskning, der undersøger muligheden og effekten af at tage en populationstilgang med udgangspunkt i almen praksis stærkt understøttet af hospitalsbaserede indsatser. Det kan kombineres med, at man aktivt inddrager lav SEP, sundhedskompetence og særlige behov for differentieret indsats i almen praksis og på hospitaler [30].

**Korrespondance** Peter Vedsted. E-mail: p.vedsted@clin.au.dk

**Antaget** 18. september 2023

**Publiceret på ugeskriftet.dk** 16. oktober 2023

**Interessekonflikter** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

**Referencer** findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

**Artikelreference** Ugeskr Læger 2023;185:V06230428

## SUMMARY

### Social health inequity and multimorbidity

Peter Vedsted & Anne Frølich

Ugeskr Læger 2023;185:V06230428

Social health inequity and multimorbidity are strongly associated. This review investigates how it is done through different and complex pathways of which the majority is outside the healthcare system. However, in modern healthcare systems, the increased investment in single, specialised diagnosis-oriented guideline-based treatment without additional primary care investments, may increase the inequity for those with lower social position and multimorbidity. Further, this may produce less return on investment, less patient satisfaction, and burden the highly specialised hospital care.

## REFERENCER

1. Diderichsen F, Jørgensen TSH. Ulighed i sundhed – 8 kritiske spørgsmål, 2023. [https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/2/10302/1685530431/de-8-spoergsmaal\\_opdateret.pdf](https://www.cancer.dk/dyn/resources/File/file/2/10302/1685530431/de-8-spoergsmaal_opdateret.pdf) (15. sep 2023).
2. Møller SR, Rosendahl H, Davidsen M et al. Udviklingen i social ulighed i dødelighed fra 1995-2019. Betydningen af ryge- og alkoholrelaterede dødsfald, 2023. [https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/udviklingen\\_i\\_social\\_ulighed](https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/udviklingen_i_social_ulighed) (15. sep 2023).

3. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. I: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F et al, red. *Challenging inequities in health: from ethics to action*, 1st ed. Oxford University Press, 2001:12-23.
4. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C et al. Health inequality-determinants and policies. *Scand J Public Health*. 2012;40(8 Suppl):12-105.
5. Donkin A, Goldblatt P, Allen J et al. Global action on the social determinants of health. *BMJ Glob Health*. 2017;3(Suppl 1):e000603.
6. Nørredam M, Christiansen T. Ulighed i adgangen til sundhedsydelser. *Ugeskr Læger*. 172;2010:782-4.
7. McLean G, Guthrie B, Mercer SW, Watt GCM. General practice funding underpins the persistence of the inverse care law: cross-sectional study in Scotland. *Br J Gen Pract*. 2015;65(641):e799-805.
8. Mercer SW, Guthrie B, Furler J et al. Multimorbidity and the inverse care law in primary care. *BMJ*. 2012;344:e4152.
9. Diderichsen F, Bender AM, Lyth AC et al. Mediating role of multimorbidity in inequality in mortality: a register study on the Danish population. *J Epidemiol Community Health*. 2021;jech-2021-218211. doi: 10.1136/jech-2021-218211.
10. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D et al. Social disparities in the prevalence of multimorbidity – a register-based population study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):422.
11. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
12. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR et al. Danskernes sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021, 2022. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/danskernes-sundhed> (15. sep 2023).
13. Jensen NL, Pedersen HS, Vestergaard M et al. The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. *Clin Epidemiol*. 2017;9:279-289.
14. Bernstein H, Cosford P, Williams A. Enabling effective delivery of health and wellbeing, 2010. [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_111693.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_111693.pdf) (24. aug 2023).
15. Arendt JN, Jensen BT, Nexøe J et al. Lavindkomst og antal kontakter med almen praksis. *Ugeskr Læger*. 2010;172:1591-7.
16. Danmarks Statistik. Levekår. Tabel AMB05 (2007-2018). <https://www.statistikbanken.dk/AMB05> (15. sep 2023).
17. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. 2011;10:15.
18. Bell C, Prior A, Frølich A et al. Trajectories in outpatient care for people with multimorbidity: a population-based register study in Denmark. *Clin Epidemiol*. 2022;14:749-762.
19. Holm LV, Hansen DG, Larsen PV et al. Social inequality in cancer rehabilitation: a population-based cohort study. *Acta Oncol*. 2013; 52(2):410-22.
20. Schramm S, Bramming M, Davidsen M et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer, 2022. <https://sundhedsstyrelsen.dk/-/media/Udgivelser/2023/Sygdomsbyrden-2023/Risikofaktorer-Sygdomsbyrden-2023.ashx> (15. sep 2023).
21. Jensen LF, Pedersen AF, Andersen B et al. Non-participation in breast cancer screening for women with chronic diseases and multimorbidity: a population-based cohort study. *BMC Cancer*. 2015;15:798.
22. Hansen FK, Hussain MA. Konsekvenser af de laveste sociale ydelser – forsørgelsesgrundlag og afsavn, 2009. <https://casa-analyse.dk/wp-content/uploads/2016/09/2009-Konsekvenser-af-de-laveste-sociale-ydelser-Fors%C3%B8rgelsesgrundlag-og-afsaavn.pdf> (11. aug 2023).
23. Blakemore A, Hann M, Howells K et al. Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):582.
24. Barr B, Bamba C, Whitehead M. The impact of NHS resource allocation policy on health inequalities in England 2001-11: longitudinal ecological study. *BMJ*. 2014;348:g3231.
25. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet*. 2008;372(9640):728-36.
26. Lüchtenborg M, Jakobsen E, Krasnik M et al. The effect of comorbidity on stage-specific survival in resected non-small cell lung cancer patients. *Eur J Cancer*. 2012;48(18):3386-95.
27. Louwman WJ, Aarts MJ, Houterman S et al. A 50% higher prevalence of life-shortening chronic conditions among cancer



- patients with low socioeconomic status. *Br J Cancer*. 2010;103(11):1742-8.
28. Fredslund EK, Rasmussen SR. Ældres forbrug af sundheds- og hjemmeplejeydelser – betydende socioøkonomiske faktorer, 2018. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/aeldres-forbrug-af-sundheds-og-hjemmeplejeydelser-bxqpb7zk/> (11. aug 2023).
29. Bell C, Vedsted P, Kraus DGA et al. Clinic for multimorbidity: an innovative approach to integrate general practice and specialized health care services. *Int J Integr Care*. 2023;23(2):25.
30. Buchman S. Screening for poverty in family practice. *Can Fam Physician*. 2012;58(6):709, 710.